

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1930 - 1931 — N° 34

**Contribution à l'étude
du
diagnostic différentiel
entre certaines formes
de maux de Pott
et les
tumeurs intrarachidiennes**

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MEDECINE et de PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 8 Novembre 1930

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

PAR

Jehan TARAIN

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Diplômé de Médecine légale et de Psychiatrie

Né à Mornac-sur-Seudre, le 18 Mai 1905

(Charente-Inférieure)



IMPRIMERIE INTERSYNDICALE
LYONNAISE

46, Rue de l'Université, 46
LYON

1930

**CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL
ENTRE CERTAINES FORMES
DE MAUX DE POTT
ET LES TUMEURS INTRARACHIDIENNES**

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1930 - 1931 — N° 34

**Contribution à l'étude
du
diagnostic différentiel
entre certaines formes
de maux de Pott
et les
tumeurs intrarachidiennes**

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MEDECINE et de PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 8 Novembre 1930

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

PAR

Jehan TARAIN

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Diplômé de Médecine légale et de Psychiâtrie

Né à Mornac-sur-Seudre, le 18 Mai 1905

(Charente-Inférieure)



IMPRIMERIE INTERSYNDICALE
LYONNAISE

46, Rue de l'Université, 46
LYON

1930



PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ.
Doyen	M. J. LEPINE.
Assesseur	M. ROLLET.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC.
Cliniques chirurgicales.	PAVIOT
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER
Clinique ophtalmologique.	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON
Clinique neurologique et psychiatrique.....	ROLLET
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	COLLET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	GAYET
Chimie biologique et médicale	NOVE-JOSSERAN
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique	FLORENCE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	BRETIN
Histologie	GUIART
Physiologie	LATARJET
Pathologie Interne	POLICARD
Pathologie et Thérapeutiques générales	DOYON
Anatomie pathologique	FROMENT
Chirurgie opératoire	CADE
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	FAVRE
Médecine légale	PATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique	Etienne MARTIN
Pharmacie	COURMONT (P.)
Hydrologie thérapeutique et climatologie	SAVY
	LEULIER
	PIERY

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS
— — — Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (Léon)
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER
Applications du radium	NOGIER
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	CHALIER (J.)	MARTIN (J.)	CHAMBON
ROCHAIX	NOEL	ROCHET (Ph.)	CIBERT
RHENTER	DUMAS	WERTHEIMER	EPARVIER
MAZEL	DUFOURT	GATE	GUILLEMINET
SANTY	DEVIC	BERNHEIM	MORENAS
CHALIER (A.)	GABRIELLE	DECHAUME	ROCHE
	MANCEAU	POLLOSSON	REBATTU Ch.

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE :

MM. TIXIER, Président ; MAZEL, Assesseur
MM. DEVIC et DECHAUME, Agrégés

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

A MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Faible témoignage de ma profonde affection, puisse cette thèse leur rappeler quand je serai loin d'eux tout l'amour et toute la reconnaissance dont je voudrais les entourer sans cesse.

A MA FEMME

Avec toute ma tendresse infinie.

A MA FILLE MICHELLE

A MES BEAUX-PARENTS

A la veille d'achever mes études, je tiens à leur exprimer toute ma gratitude et mon affection.

A TOUS MES PARENTS

A MON AMI AIMÉ VERDEIL

Qui fut pour nous et restera toujours un véritable frère.

MEIS ET AMICIS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TIXIER

Professeur de Clinique Chirurgicale à la Faculté

Pour le très grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR L. BERIEL

Médecin des Hôpitaux

Il nous a inspiré le sujet de cette thèse et nous a toujours réservé un bienveillant accueil.

Qu'il trouve ici l'expression de notre respectueuse gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR J. ROUSSET

Il nous a été d'un précieux secours pour la documentation et la perfection de notre travail. La tâche achevée, nous tenons à le remercier de tout ce qu'il a bien voulu faire pour nous.

A MES JUGES

A MES MAITRES



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545324_0049

CHAPITRE PREMIER

Introduction

Dans ce modeste travail que le Docteur Bériel a bien voulu nous inspirer et guider, nous n'avons pas l'intention de rechercher et grouper toutes les causes d'erreurs qui peuvent intervenir dans un diagnostic différentiel entre le Mal de Pott et les tumeurs intrarachidiennes, nous voulons seulement essayer de montrer que les signes radiographiques dans certains cas de compressions médullaires, peuvent donner lieu à des difficultés d'interprétation parfois insurmontables et susceptibles d'induire en erreur les cliniciens les plus avertis.

D'une façon très générale les compressions par mal de Pott sont faciles à distinguer de celles des tumeurs intrarachidiennes, leurs signes cliniques et radiographiques étant assez nets pour ne laisser aucun doute.

Nous savons cependant, depuis quelques années à peine, grâce aux travaux de Sicard, Laplane et Prieur, les premiers, de Sorrel et M^{me} Sorrel-Déjerine, de notre Maître, M. le Docteur Bériel, qu'il existe des maux

de Pott sans signes rachidiens radiographiques alors même que leurs signes cliniques ont été de la plus haute gravité.

Nous savons, inversement, que certaines tumeurs du canal peuvent donner des signes rachidiens précis, des points douloureux fixes, et même modifier la structure du squelette à tel point que l'interprétation des données radiographiques devient hésitante, difficile.

Nous savons enfin que certains cas de compressions médullaires peuvent donner aussi des signes cliniques légers, alors que les signes radiographiques sont absolument négatifs.

L'impossibilité où nous sommes dans ces cas de faire un diagnostic précis, doit-elle faire différer un seul instant l'acte thérapeutique ? Quel sera cet acte thérapeutique ? Ces questions du plus haut intérêt pratique seront envisagées en conclusion de ce travail.

N'ayant pas trouvé dans la littérature étrangère de travaux se rapportant à la question, d'autre part celle-ci n'ayant attiré l'attention que depuis peu d'années en France, l'historique que nous aurions pu en faire n'aurait apporté aucune notion nouvelle, aucune directive utile, aussi n'avons-nous pas jugé indispensable nous y attarder.

CHAPITRE II

Etude Clinique et Radiographique

Il est bien entendu que de cette étude nous éliminons d'emblée les cas où les données radiologiques sont nettes, indiscutables, ils sont en dehors de notre sujet. De même nous ne parlerons pas de ceux dans lesquels un diagnostic inexact a été le résultat d'un examen superficiel et rapide. Nous n'avons en vue que les cas, peu nombreux du reste, qui aboutissent à une erreur, malgré une observation approfondie et complète, après discussion serrée des diagnostics différentiels.

Une première communication faite dans la *Revue Neurologique* (1924, T. I, p. 239), par Sicard, Laplane et Prieur avait attiré l'attention sur la possibilité de radiographies vertébrales négatives, dans certains maux de Pott. A la suite de cette communication, Sorrel et M^{me} Sorrel-Déjerine insistèrent longuement sur le même fait (*Rev. Neur.*, 1924, T. I, p. 323). Plus tard, notre maître le Docteur Bériel publia deux observations semblables, de maux de Pott opérés, pris pour

•

des tumeurs intrarachidiennes de par leur tableau clinique et la négativité des radiographies. Si l'on s'en rapporte aux travaux de Sorrel et M^{me} Sorrel-Déjerine, nous aboutissons, en effet, à la notion suivante : « Dans l'immense majorité des cas l'étude des radiographies, et nous entendons de celles faites avec le plus grand soin et sous différentes incidences, permet de faire non seulement le diagnostic d'une lésion pottique, mais encore de suivre pas à pas l'évolution de cette lésion... mais il est des cas, rares chez l'adulte, beaucoup plus rares encore chez l'enfant, cependant certains chez l'un et chez l'autre, dans lesquels un mal de Pott peut exister, parfois même depuis assez longtemps pour que des lésions graves, des abcès, des paraplégies, en aient été la conséquence, sans que la radiographie révèle la moindre lésion. Par conséquent l'absence de tout signe radiographique n'est pas à elle seule une raison suffisante pour rejeter le diagnostic de mal de Pott. »

Les observations de notre maître le Docteur Bériel aboutissent à la même notion.

Seule, l'étude anatomo-pathologique de ces maux de Pott à radiographie muette, peut donner l'explication de ces faits.

Données anatomo-pathologiques

Lorsqu'il existe des déplacements osseux, lorsque les rapports normaux de deux os entre eux sont modifiés, quand deux corps vertébraux altérés légèrement dans leur forme se rapprochent l'un de l'autre

par suite de l'effondrement d'un disque, la radiographie révèle toujours avec précision l'aspect exact des lésions. Mais si au contraire, seule une partie du disque est rongée, laissant les deux corps vertébraux à leur place normale, si les lésions évoluent au cœur de la vertèbre sans donner cependant de grosses cavernes ou des infiltrations lointaines, la radiographie ne révélera rien, c'est ce que l'examen de la pièce anatomique de l'Observation II (deuxième groupe) permet de constater.

Ces cas, semble-t-il, ne correspondent pas en réalité au mal de Pott habituel, mais à des ostéites tuberculeuses bien limitées, simulant une véritable tumeur intrarachidienne, soit sous forme de tuberculome (Obs. III), soit sous forme d'abcès saillant limité (Obs. I). La gravité de la maladie ne découle pas alors de l'ostéite en cause, mais de la compression médullaire qu'elle entraîne et exerce en un point précis. Il existe bien, en dehors de toute modification osseuse, d'autres signes radiographiques qui permettent de songer au mal de Pott. Dans les Pott dorsaux, le fuseau paravertébral, sur la radiographie de face, ou le décollement du ligament antérieur sur les radiographies de profil, traduisent, en effet, la présence quasi certaine d'un abcès. Mais ces décollements fréquents sur la face superficielle des corps vertébraux, n'existent pas quand il s'agit de lésions médullaires profondes. Or, au point de vue neurologique, ce sont justement ces localisations-là qui sont les plus importantes.

Inversement, des tumeurs, par leurs symptômes cliniques, semblent simuler des maux de Pott. Les ra-

diographies sont presque toujours négatives, mais si parfois une légère modification du squelette, provoquée par la tumeur, ou même une anomalie de la silhouette vertébrale indépendante de toute lésion pathologique, rendent l'interprétation radiographique douteuse, le diagnostic pourra en être faussé.

Il peut arriver, d'ailleurs, que suivant les observateurs, une même radiographie donne lieu à des interprétations différentes. Les difficultés de diagnostic en sont accrues d'autant.

Ainsi toute la clef du diagnostic différentiel repose sur la mise en évidence ou sur la négation de la lésion rachidienne de l'ostéite pottique. Dans la pratique et dans le cas particulier, les variations d'aspect du lipiodol injecté, les différences de résultat dans l'analyse du liquide céphalo-rachidien, ne peuvent donner que des directives incertaines.

De même, l'examen du rachis au niveau du siège supposé de la compression, réduit à l'appréciation de la souplesse et des douleurs provoquées, ne donne pas d'indices diagnostiques suffisamment appréciables. On ne peut se baser, d'autre part, sur la présence ou l'absence de points douloureux limités, vertébraux ou paravertébraux, leur fréquence étant tout à fait relative dans les tumeurs (L. Bériel et A. Devic, *Rev. Neurol.*, 1923, T. I, page 644) et étant donné que nous avons exclusivement en vue dans cette étude les ostéites tuberculeuses sans signes évidents. De même enfin, la présence de rigidité du rachis, l'existence de contracture, les différences qui peuvent exister entre la rigidité rachidienne, quand elle existe ici, d'une tumeur

et celle d'un mal de Pott, (Cl. Vincent et J.-A. Chavanny, *Rev. Neurol.* 1924, T. I, page 592) ne sont pas des signes suffisants pour servir de base à un diagnostic solide.

Malgré ces constatations décevantes nous verrons en conclusion de cette étude, les notions pratiques que l'on doit cependant tirer de ces faits.

CHAPITRE III

Observations

Nous avons classé nos documents en deux groupes : le premier comprend les cas de tumeurs ayant été prises pour des maux de Pott ; le deuxième, les cas de maux de Pott ayant été pris pour des tumeurs.

1^{er} GROUPE. — *Observations de tumeurs ayant pu être prises pour des maux de Pott.*

Nous rapportons ici deux observations prises dans le service de notre maître le Docteur Bériel, et deux autres trouvées dans la littérature, l'une de Sorrel et M^{me} Sorrel-Déjerine, l'autre de Sicard, Laplane et Prieur.

OBSERVATION A

(L. BÉRIEL et J. ROUSSET : Société Médicale des Hôpitaux, séance du 26 novembre 1929 in *Lyon Médical* et le *Journal de Médecine de Lyon*, 5 mars 1930.)

B..., 42 ans, employé de commerce, entre dans le service hospitalier de Neurologie de l'Antiquaille pour une paraplégie datant d'un an.

On ne relève rien de particulier dans ses antécédents héréditaires ou collatéraux. Dans ses antécédents personnels, on note qu'il est marié, qu'il a quatre enfants, que sa femme n'a pas eu de fausse couche. Lui-même n'a d'autres antécédents pathologiques qu'une hémoptysie.

HISTOIRE DE L'AFFECTION ACTUELLE

Début : C'est en juillet 1927 que le malade a commencé de souffrir de douleurs qui ressemblaient à celles du lumbago et qui ont persisté jusqu'au mois de mars 1928, époque à laquelle il commence à sentir de la gêne dans les deux membres inférieurs.

Le 2 juin de cette année, il présente une démarche titubante à type spasmodique. Depuis cette date jusqu'à l'entrée dans le service, le 20 juin 1928, il constate une légère amélioration en ce sens qu'il marche beaucoup plus facilement.

A l'entrée : Il a une démarche spasmodique sans titubation. Il se plaint seulement de douleurs intercostales gauches siégeant sous le rebord des fausses côtes. A l'examen, on constate l'existence de signes pyramidaux nets : abolition du réflexe crémastérien gauche et diminution des cutanés abdominaux gauches. Il n'y a pas de modifications des réflexes ostéo-tendineux. Le réflexe cutané plantaire est en flexion. Les réflexes oculaires sont normaux. L'exploration de la sensibilité montre des troubles peu nets et surtout très variables. Il existe certainement de l'hypoesthésie au niveau de l'abdomen, en dessous de l'ombilic.

La percussion de la colonne ne révèle aucun point douloureux. Le 21 juin, on fait une *ponction lombaire* qui donne les résultats suivants :

Liquide xanthochromique	
Tension	= 25.
Queckenstedt	= libre.
Albumine	= plus de 1 gr. 80.
Cytologie	= 80 éléments.
Bordet Wassermann	= négatif.

La réaction de Wassermann dans le sang était négative.

Le 26 juin, après l'examen des radiographies de la colonne, on note que l'aspect est normal sur les radiographies de face. Au contraire, sur celles faites de profil, on trouve un cartilage qui semble mince à sa partie postérieure, comme pincé avec des productions d'aspect ostéophytique. La radiographie sur laquelle on constate ces lésions n'étant pas repérée, il est impossible de préciser leur niveau exact, mais ce ne peut être qu'entre les vertèbres D 2 et D 3 ou D 6 et D 7, c'est-à-dire de toute façon au niveau présumé de la compression.

Ce même jour, on note que le malade se plaint de douleurs en héli-ceinture gauche quand il marche, qui siègent au niveau du dernier nerf intercostal. L'examen est entièrement négatif à ce niveau, sauf pourtant une toute petite plaque d'anesthésie.

On conclut donc à cette date :

Le diagnostic de compression médullaire s'impose : à cause des premiers indices du début (état plus paraplégique que spasmodique, paraplégie sensitive extraordinairement légère) lesquels se sont confirmés par l'examen de l'état du liquide céphalo-rachidien et par les petits signes radiculaires constatés le matin. Les indices radiographiques, l'hémoptysie antérieure, l'amélioration récente, obligent à penser à l'ostéite et font repousser l'épreuve du lipiodol qui ne pourrait donner des indications que sur le diagnostic compression qui est admis et ne fixerait pas la nature de cette compression.

On étiquette donc l'affection : compression médullaire à symptômes frustes : ostéite pottique probable.

On institue le traitement habituel de cette affection et le malade retourne chez lui dans le Midi.

Le 28 novembre, il rentre de nouveau dans le service parce qu'il ne peut plus marcher. Depuis son dernier séjour, il est resté couché continuellement, ne se levant que pour les repas. Malgré ce repos prolongé, il a assisté à une aggravation progressive de tous ses symptômes fonctionnels. Peu à peu ses jambes refusèrent de le porter et il fut confiné au lit.

A l'entrée, on note qu'il ne peut pas marcher. De plus, à cause des fatigues du voyage, il présente une rétention d'urine complète qui nécessite un cathétérisme,

A l'examen, on constate qu'il ne peut fléchir ou étendre ses jambes. Les réflexes rotuliens sont exagérés. Le signe de Babinski existe des deux côtés. Les réflexes achilléens sont également exagérés.

Il n'existe pas de zone d'anesthésie franche, mais une hypoesthésie diffuse et peu marquée sur les membres inférieurs.

L'examen de la colonne est entièrement négatif. Il n'y a pas de gibbosité, pas de point douloureux net. Il n'y a pas d'abcès nulle part.

L'examen des radiographies est complètement négatif ; on ne retrouve pas l'aspect observé précédemment.

La ponction lombaire donne les résultats suivants :

Aspect xanthochromique

Tension = 12.

Cytologie = 3 éléments (lymphocytes)

Albumine = 0 gr. 80.

Bordet Wassermann = négatif.

Le 6 décembre : La **paraplégie** est toujours complète, ainsi que la rétention d'urine. L'hypoesthésie est très évidente, surtout au niveau de l'ombilic. Il n'y a toujours aucun signe au niveau du rachis en particulier, aucun point douloureux.

Le 10 décembre, on fait une injection de lipiodol intrarachidien. Sept heures après, on note un accrochage compact à limite inférieure concave, celle-ci se trouvant exactement au niveau du repère de la localisation clinique (7° vertèbre dorsale). La deuxième radiographie, faite 24 heures après la première, montre exactement le même arrêt.

Le 15 décembre : le malade est toujours dans le même état. Le lipiodol n'a pas provoqué de douleurs radiculaires. Mais le malade signale pour la première fois que depuis deux ou trois mois il a une sensation de brûlure quand il se touche sur un espace en bande horizontale, limitée à gauche de l'ombilic.

Il présente des escarres fessières des deux côtés, mais surtout à gauche.

On fait passer le malade en chirurgie.

Le 17 décembre : opération (Docteur DESGOUTTES) : Ablation d'une tumeur intradurale comprimant la moëlle. Lami-

nectomie au niveau de D 7, D 8, D 9. La dure-mère paraît tendue. Elle est ouverte et on trouve une tumeur dont le pôle supérieur affleure la limite supérieure de l'incision, tandis que le pôle inférieur affleure la partie inférieure de cette incision. Cette tumeur bien limitée à la partie postérieure et gauche est enlevée. On referme la dure-mère.

A la suite de cette intervention, la convalescence est traînante à cause des escarres qui sont énormes. Cependant il y a une amélioration progressive.

L'examen histologique de la tumeur montre la structure habituelle des neurogliomes.

Le 9 février 1929, le malade quitte l'hôpital. Ses escarres sont presque cicatrisées. Ce jour-là, on note : du côté gauche, la chute du pied persiste encore par paralysie des muscles du groupe antéro-externe et par rétraction du tendon d'Achille. Il y a encore de la trépidation épileptoïde, mais il n'y a plus le signe de Babinski. Depuis quatre jours les urines sont claires et le malade ne prend plus d'urotropine.

Le 3 juillet : le malade revient se montrer. Il déclare qu'il va à merveille. La marche est facile, il fait de la gymnastique et de la bicyclette. Il n'a plus de signes urinaires. Il récupère peu à peu au point de vue génital (sans toutefois que sa satisfaction soit complète). Il va reprendre son emploi de voyageur de commerce.

OBSERVATION B

(L. BÉRIEL et J. ROUSSET : *Journal de Médecine de Lyon*, 5 mars 1930, page 144.)

M... Mahomed, 22 ans, manœuvre, entre le 30 juin 1928 dans le service hospitalier de Neurologie, envoyé d'un service de médecine générale de l'Hôtel-Dieu, dans lequel il était entré le 7 juin, pour des douleurs intercostales qui remontaient à deux ou trois semaines.

Dans les antécédents héréditaires, on relève que son père et sa mère sont en bonne santé ; dans les antécédents collatéraux, qu'il a quatre frères et deux sœurs ; dans ses antécédents personnels, qu'il est marié et que sa femme a eu six

grossesses, toutes terminées par des fausses-couches. Il nie la syphilis et avoue boire un litre de vin par jour. Il a toujours joui d'une bonne santé.

Histoire de l'affection actuelle :

Début : C'est vers le 20 juin que, brusquement, se sont installés des troubles des membres inférieurs : marche difficile, démarche presque cérébelleuse, incoordination des mouvements, réflexes normaux mais anesthésie à la pique de toute la partie inférieure du corps jusqu'aux fausses côtes. Puis, le 25 juin, apparition des contractures, rétention d'urine enfin, parésie des membres inférieurs : le malade ne peut décoller le talon du plan du lit, réflexes tendineux faibles. Signe de Babinski bilatéral.

Une ponction lombaire montre un liquide clair, sans lymphocytes, un taux normal de sucre, l'albumine = 1 gr. 20 0/00 le Wassermann est négatif.

A l'entrée, le 30 juin : On note : Parésie des membres inférieurs, avec légère amélioration : réflexes achilléens et rotuliens normaux, trépidation épileptoïde, Babinski bilatéral, anesthésie à la pique jusqu'au territoire de D 6.

L'examen de la colonne révèle un point douloureux dorsal inférieur. Il n'y a plus de rétention d'urine, mais une constipation opiniâtre. L'auscultation des poumons et du cœur est négative. Rien à signaler aux autres appareils.

L'examen des radiographies ne montre rien de net sur les clichés de profil. Par contre, sur ceux de face, on note sur la 4^e et la 5^e dorsales, des taches noires sur le corps vertébral, une encoche sur la face latérale de la deuxième de ces vertèbres et un cartilage très aminci au point qu'il n'est plus visible. On pense donc plutôt au mal de Pott et l'on rejette le diagnostic de tumeur qui avait paru avoir plus de probabilités à cause de la grosse albuminose du liquide céphalo-rachidien. Il avait été entendu que l'absence de leucocytose et le Bordet-Wassermann négatif éliminent la syphilis.

Le malade est gardé dans le service et est traité comme un pottique.

Le 21 juillet, on note que l'état est stationnaire. On fait une nouvelle ponction lombaire qui donne les résultats suivants :

Tension	= 18.
Queckenstedt	= libre.
Albumine	= 0,40.
Lymphocytes	= 1.
Bordet Wassermann	= négatif.

La diminution de l'albuminose paraît plutôt confirmer le diagnostic.

Le 31 juillet, on fait une injection de lipiodol qui montre la persistance de l'arrêt au niveau du corps de la septième dorsale pendant dix jours.

Le 16 août, on constate qu'il reste encore un peu de lipiodol au niveau de D 6. L'exploration lipiodolée avait été faite à cause des hésitations du diagnostic. Les radiographies ré-examinées à plusieurs reprises ne paraissaient pas absolument décisives ; il ne s'agissait pas de voir si le lipiodol était arrêté, les signes de compression étant suffisamment nets, mais, on voulait contrôler la valeur des taches observées sur la radiographie : le lipiodol se montrant bloqué au niveau de D 6, les images radiographiques douteuses observées au niveau de D 4 et de D 5 perdaient de leur valeur. Le malade est donc revu de près aujourd'hui et on se décide à faire le diagnostic ferme de tumeur en posant l'indication opératoire. On note donc sur l'observation du malade les signes suivants :

1° *Au niveau des membres inférieurs*, la persistance de la paraplégie spasmodique avec Babinski en extension des deux côtés, clonus du pied, réflexes tendineux exagérés. Cependant le membre inférieur droit semble plus atteint, la force musculaire est un peu moins bien conservée qu'à gauche, des mouvements quoique faibles des deux côtés, sont plus difficiles à droite. Les réflexes cutanés abdominaux, épigastriques et crémasteriens sont abolis.

2° *Au point de vue sensibilité*. — La recherche de la sensibilité au tact montre une hypoesthésie remontant jusqu'à D 8 environ, celle de la sensibilité à la pique a pour limite supérieure D 7.

On fait passer le malade dans le service de Chirurgie du Dr Desgouttes.

Le 24 août. — Intervention (D^r RICHER) :

Anesthésie générale à l'éther. Laminectomie centrée sur D 5 e. intéressant les vertèbres sus et sous-jacentes. On tombe immédiatement sur une tumeur d'aspect bourgeonnant, rouge violacée, framboisée, qui occupe la hauteur des trois vertèbres sur la ligne médiane, en empiétant notablement sur la droite où elle s'infiltré légèrement dans la direction d'un trou de conjugaison. *Cette tumeur est entièrement extradurale*, entourée d'une mince capsule peu vascularisée. Son énucléation assez facile n'entraîne aucune hémorragie.

Il est difficile de préciser le point de départ exact de la tumeur qui était seulement plus adhérente en un point situé aux environs de son pôle inférieur : adhérences à la dure-mère et à la graisse épidurale.

Fermeture totale. Un faisceau de drainage seulement pour les muscles.

Le 25 août on note que le malade n'a pas été choqué. Il n'a pas de rétention d'urine, l'état général est très satisfaisant.

Le 3 septembre : ablation du drainage.

Le 12 octobre, on note que l'examen du malade montre que la sensibilité est normale, il peut s'asseoir dans son lit, il décolle les jambes du plan du lit, se tient debout, il fait quelques pas en se tenant d'une main, il marche même tout seul, mais il a de l'appréhension qui, par moment le précipite. Le signe de Babinski persiste. Il n'a pas de troubles urinaires.

Le 6 novembre, le malade part précipitamment, ayant la possibilité de se faire rapatrier en Algérie. Depuis un mois, il se levait deux fois par jour quelques heures, il marchait avec une canne et semblait retrouver ses forces.

Le dernier examen n'avait montré aucun trouble de la sensibilité. Il soulevait les jambes à plus de 45° mais les signes pyramidaux persistaient.

Examen histologique de la tumeur :

Un premier examen histologique de la tumeur a montré des aspects non habituels : stroma très rare, nappes de cellules d'aspect épithélial avec de volumineuses cellules géantes mais sans points caséifiés.

OBSERVATION C

(E. SORREL et M^{me} SORREL-DÉJÉRINE : *Revue Neurologique*, 1927, T. I, p. 226.)

Oul... Antoinette, 15 ans, entre dans le service le 12 janvier 1926. Elle est envoyée de l'hôpital Trousseau, avec le diagnostic de paraplégie pottiqué. L'histoire de l'affection mérite d'être reprise avec quelques détails.

Le 12 juillet 1924, début brusque des accidents, par des douleurs de la région dorso-lombaire, qui persistent pendant toute la nuit. A trois reprises, dans les semaines qui suivent, crises douloureuses, revêtant le même caractère. Deux mois plus tard, en septembre 1924, apparition de troubles moteurs. L'enfant marche avec peine et tombe facilement. Dans les mois qui suivent, la paraplégie progresse très lentement et en juin 1925 elle est à peu près totale. Il persiste cependant quelques mouvements volontaires, car l'enfant arrive encore à décoller ses pieds du plan du lit.

En juin 1925, la malade fut hospitalisée à la Salpêtrière. Elle semble avoir été étudiée avec beaucoup d'attention par plusieurs neurologistes et le diagnostic resta hésitant.

Voici la note qui avait été prise à cette époque et que le Dr Brulé a eu l'obligeance de nous transmettre ;

« Paraplégie pottique presque totale. Réflexes vifs ; à gauche le rotulien est exagéré. Il n'y a pas de clonus du pied ni de la rotule. Signe de Babinski bilatéral ; réflexes cutanés abdominaux inférieurs abolis, supérieurs et moyens normaux. Réflexes de défense des deux côtés par pincement du pied, de la jambe et de la cuisse. Sensibilité superficielle, normale au tact et à la pique. Sensibilité thermique. Nombreuses erreurs le long des membres inférieurs, surtout sur la face externe. Ces troubles remontent jusque sur l'abdomen et s'arrêtent au niveau des crêtes iliaques. Sensibilité profonde normale. notion de position normale, la sensibilité osseuse est diminuée aux membres inférieurs, normale aux épines iliaques.

« Pas de déformation du rachis qui semble relativement souple. La malade accuse une douleur à la colonne lombaire, mais on ne parvient pas à la localiser sur des vertèbres bien

déterminées. Masse sacro-lombaire légèrement sensible à la palpation. Pas de troubles sphinctériens.

« Ponction lombaire : lymphocytes : 3,8. — Albumine : 1 gr. 70. — Wassermann : 0.

4 juin 1925. — La radiographie ne montre aucune lésion de la colonne lombaire, sauf une déhiscence de la partie supérieure du sacrum : spina bifida.

10 juin 1925. — Diagnostic délicat. En faveur du mal de Pott, paraplégie spasmodique, douleurs nettement localisées à L 2, L 3 et peut-être D 12, raideur de la colonne. Contre le Mal de Pott, signes radiographiques négatifs, quoiqu'il semble que le disque L 2, L 3 soit un peu affaissé. Si les signes de ponction lombaire sont positifs et si l'hérédos-spécificité peut être éliminée, il faut conclure à un mal de Pott et envoyer la malade à Berck. »

L'enfant fut envoyée de la Salpêtrière à l'hôpital Trousseau, en décembre 1925. La paraplégie était alors complète, toute mobilité volontaire était abolie et quelques troubles sphinctériens légers firent leur apparition,* se traduisant par des mictions impérieuses.

Examen à l'entrée à l'Hôpital maritime, le 18 janvier 1926. — Il est assez difficile d'apprécier la souplesse de la colonne vertébrale. Elle paraît cependant conservée. *Il n'y a pas de gibbosité, la pression de l'apophyse épineuse de L 1 est douloureuse.*

Troubles moteurs. — Aucun mouvement volontaire des membres inférieurs. Les muscles droits et obliques de l'abdomen se contractent, mais partiellement. La station assise n'est possible que si l'enfant se soutient sur ses mains. Les membres inférieurs sont en extension. Les réflexes de défense sont vifs, ils remontent jusqu'à l'épine iliaque, et à la moindre excitation s'observe le phénomène des raccourcisseurs.

Troubles des réflexes : réflexes rotuliens et achilléens vifs des deux côtés, trépidation épileptoïde. Signe de Babinski en éventail. Abolition des réflexes abdominaux supérieurs et moyens.

Troubles de la sensibilité. — Au tact, anesthésie complète remontant jusqu'à D 12, hypoesthésie jusqu'à D 11. A la dou-

leur, même topographie. Sensibilité thermique : Anesthésie remontant jusqu'à la racine de la cuisse, quelques erreurs dans la zone d'hypoesthésie tactile. Trouble de la sensibilité profonde ; abolition de la notion de position.

Troubles sphinctériens : Sont en voie d'installation. La malade perçoit encore une sensation obtuse du besoin d'uriner, mais les mictions sont de plus en plus impérieuses. Même état pour la défécation.

La radiographie ne montre pas de lésion en faveur d'un Mal de Pott.

26 février 1926 : Lipiodol occipito-atloïdien, 1 centimètre cube. Le lipiodol s'égrène légèrement à partir de la 4^e dorsale, et finit par s'arrêter au niveau du disque séparant D 9 de D 10 en formant une sorte de plaque qui occupe toute la hauteur de D 8 et de D 9. Une petite quantité de lipiodol passe, accroche légèrement à hauteur de L 5 et de S 1 et tombe dans le cul-de-sac inférieur.

Dans les jours qui suivirent, les troubles trophiques firent leur apparition, des escarres sacrées et trochantériennes se constituèrent et à la suite de tentative de décubitus ventral, des escarres se formèrent également au niveau des épines iliaques. Une lymphangite étendue de la fesse gauche fut suivie d'un phlegmon gangréneux que l'on dut inciser. Pendant plusieurs semaines la température fut élevée, l'état général précaire, tous les examens durent être interrompus, et ce n'est qu'en juin qu'ils purent être repris. Pendant ce temps, les troubles sphinctériens s'étaient accentués et dès le début d'avril l'incontinence des urines et des matières était complète.

11 juin 1926. — On pratique à nouveau une radiographie pour voir comment le lipiodol occipito-atloïdien, injecté en février, s'est comporté. L'image radiographique est identique. Une plaque persiste, dont la limite supérieure est à la hauteur de D 8, la limite inférieure à hauteur du disque séparant D 9 de D 10, et la petite bille lipiodée, tombée dans le cul-de-sac inférieur n'a pas augmenté de volume. Elle est insuffisante pour qu'en mettant la malade en position déclive on puisse délimiter grâce à elle la limite inférieure de l'obs-

taele. On injecte donc par voie lombaire un centimètre cube de lipiodol, et la radiographie faite en position de Trendelenbourg très accentuée, montre que le lipiodol s'arrête au bord supérieur de D 12, après s'être égrené en petites plaques assez importantes depuis le cul-de-sac inférieur. De ces deux examens, on conclut qu'il existe un obstacle à peu près infranchissable, à hauteur des corps de D 10, D 11, mais qu'en plus il y a de petites adhérences méningées, tant au-dessus de cet obstacle principal qu'au-dessous de lui. Ce n'est pas là l'aspect tout à fait typique des tumeurs, et bien que n'ayant aucune raison de penser à la spécificité, on fait à tout hasard un traitement d'épreuve par le sulfarsénol.

Mais les signes cliniques ne se modifiant pas sous l'influence du traitement, les troubles trophiques augmentant rapidement d'intensité et l'état général devenant sérieux, on décide d'intervenir.

28 juin 1926. — *Opération* pratiquée par le D^r Sorrel. Anesthésie générale à l'éther. *Premier temps* : résection à la pince des apophyses épineuses, laminectomie D 10 et D 11 à la pince gouge. On peut constater que la dure-mère, largement découverte, ne présente pas de battements. Elle est d'apparence normale et ses veines ne sont pas turgescents. Mais la tension artérielle étant tombée brusquement et le pouls devenant incomptable, on arrête l'intervention. Suture en deux plans des masses musculaires, suture cutanée.

28 juin 1926. — Le soir, l'enfant va bien, le pouls est encore rapide, mais bien frappé. On injecte 40 centimètres cubes d'huile camphrée. Durant la nuit, des secousses musculaires des membres inférieurs apparaissent. Elles deviennent presque subintrantes, sont fort douloureuses et l'on se demande s'il ne s'est pas fait une compression de la moelle par un hématome extra-duré-piérien ou simplement un pansement trop serré. Le pansement est défait, une sonde introduite entre les lèvres de l'incision permet de s'assurer qu'il n'y a pas d'hématome. L'enfant est placé sur le ventre, les secousses musculaires cessent, elles devaient donc bien être dues à une compression produite par le pansement. Les jours suivants, l'enfant peut être à nouveau couchée sur le dos sans inconvénients.

3 juillet. — Une radiographie faite, l'enfant étant assise, montre que l'arrêt supérieur du lipiodol ne s'est pas modifié. La laminectomie simple n'a donc pas suffi pour lever l'obstacle. L'arrêt inférieur n'a pas été vérifié, l'enfant n'ayant pu être mise en position de Trendelenbourg.

5 juillet. — Aucune modification des troubles sensitifs, moteurs et sphinctériens.

Deuxième temps opératoire pratiqué par le D^r Sorrel. — Anesthésie générale à l'éther. Désunion de la cicatrice cutanée et des cicatrices musculaires. Suintement sanguin léger, tamponnement. Il semble que la dure-mère est refoulée en arrière, car elle fait hernie entre les berges osseuses. Ouverture du champ opératoire. Toujours pas d'écoulement du liquide céphalo-rachidien. La moelle adhère à ses méninges, on la sépare de la dure-mère avec l'extrémité mousse de petits ciseaux.

Repérage au catgut des deux lèvres de l'incision de la dure-mère que l'on sectionne ensuite dans toute la hauteur du champ opératoire. Toujours pas d'écoulement du liquide céphalo-rachidien et il ne se produit qu'en déprimant la face latérale de la dure-mère. On se rend alors compte que la moelle est très fortement repoussée en arrière et un peu à gauche ; qu'elle est pour ainsi dire étalée, aplatie par quelque chose qui se trouve en avant d'elle. A la palpation, on ne sent rien dans l'épaisseur même de la moelle. En prenant avec une pince de Kocher le bord libre du ligament dentelé du côté droit, on fait basculer la moelle vers la gauche et l'on voit alors une volumineuse tumeur anté-médullaire. Cette tumeur est d'une teinte sombre, violacée. Elle donne l'impression d'une tumeur kystique. On commence tout d'abord par la ponctionner car son volume semble devoir rendre son extirpation difficile. La ponction ne ramène que quelques gouttes de sang. On arrive alors à dégager le pôle supérieur de la tumeur qui dépasse le champ laissé libre par la section des lames D 10 et D 11 et s'engage dans le canal rachidien à hauteur de D 9. L'extrémité supérieure est prise avec une pince de Kocher et l'on dégage progressivement la face antérieure de la tumeur de l'arachnoïde à laquelle elle adhère par de petits tractus fibreux. Au fur et à mesure que le dégagement

se poursuit, du liquide céphalo-rachidien s'écoule avec battements et de petites gouttes huileuses de lipiodol apparaissent, montrant à l'évidence que l'arrêt était bien produit par la tumeur. On arrive ainsi à dégager totalement la tumeur dont le pôle inférieur est plus volumineux que le supérieur. Il dépasse de même par en bas la zone libre obtenue par laminectomie et s'engage dans le canal vertébral à hauteur de L 1. Son extirpation se fait facilement, il n'y a aucune adhérence à la moelle, seulement quelques adhérences légères à la face postérieure de l'arachnoïde. Remise en place de la moelle. On s'assure que les racines du côté droit n'ont pas été déchirées. Il est difficile d'en préciser le chiffre. Suture de la dure-mère par un surjet au catgut. Suture des plans musculaires en trois étages, surjet à la soie sur la peau.

Pendant l'intervention, le pouls s'est maintenu bon, la tension artérielle n'est pas descendue au-dessous de 9 (sphygmomanomètre de Vaquez-Laubry). A la fin de l'opération, le pouls était à 104, mais un peu mou, l'enfant est éveillée et semble bien. Le shock a été extrêmement peu marqué, alors que pour la première intervention il avait été très grave.

Examen de la tumeur. — La tumeur est piriforme, à grosse extrémité inférieure, légèrement aplatie d'avant en arrière. Longueur : 45 mm. ; largeur au pôle inférieur : 18 mm ; au pôle supérieur : 14 mm ; épaisseur : 11 mm. L'aspect n'est pas partout le même : toute la partie inférieure et gauche est blanche, de consistance fibreuse. La partie supérieure de droite, violacée et d'apparence kystique.

Examen microscopique pratiqué à la Fondation Déjerine, par le Docteur Jumentié : « Il s'agit d'un gliome du type dit *gliome périphérique*. Il est constitué par une trame fibrillaire fine un peu variable d'aspect, suivant les points considérés, et surtout suivant le sens des fibrilles intéressées par les coupes : trame fine et déliée en certains points avec cellules à protoplasma très réduit, surtout noyaux bien colorés aux points de croisement des fibrilles constituant les mailles de ce réseau ; en d'autres points, véritables écheveaux allongés ou tourbillons de fibrilles avec noyaux ovoïdes allongés dans le sens des fibres ; apparence plus dense de la trame en ces points. »

« Les vaisseaux assez nombreux ont des parois peu épaisses, par endroits en voie de dégénérescence hyaline ; ils sont vides ou ne contiennent que quelques globules, sauf au pôle de la tumeur qui présente un développement fibreux important où ils sont gorgés de sang et où l'on constate des hémorragies importantes. En ce point, de grosses suffusions hémorragiques dilacèrent la trame néoplasique, séparant des travées névralgiques et des travées fibreuses. Certains vaisseaux de cette région ont des parois épaisses. »

« Dans ce même pôle de la tumeur, on trouve des plages de dégénérescences hyalines circonscrites. »

« En somme, aspect tout à fait classique de gliome péri-phérique. »

10 juillet 1926. — On n'observe aucune modification des troubles moteurs et sensitifs. Les réflexes de défense semblent moins vifs, l'état général bon.

16 juillet 1926. — Ablation des fils, bonne cicatrisation.

26 septembre 1926. — L'état général est bon, les troubles trophiques se sont beaucoup améliorés, les escarres sont guéries. Par contre, il ne s'est produit aucune autre amélioration : les troubles moteurs persistent sans modification, ainsi que les troubles réflexes, et la hauteur des réflexes de défense n'a pas varié. Les troubles sphinctériens se traduisent par un automatisme vésical et rectal.

Un examen radiographique pratiqué le 25 août montre qu'une certaine quantité de lipiodol reste arrêtée au niveau du corps de D 10. La limite inférieure est donc seulement un peu plus basse qu'elle ne l'était avant l'intervention. L'huile iodée n'est pas tombée dans le cul-de-sac inférieur et l'on peut supposer qu'elle en a été empêchée par des adhérences méningées cicatricielles.

1^{er} décembre 1926. — Troubles moteurs : aucun mouvement spontané des orteils ni du pied. Il semble qu'il y ait une très légère ébauche de contraction des quadriceps des deux côtés. La malade ne peut s'asseoir qu'en prenant un point d'appui sur ses mains. Les troubles réflexes, sensitifs et sphinctériens, n'ont subi aucune modification. Les escarres sont toujours cicatrisées et l'état général excellent.

OBSERVATION D

(SICARD, LAPLANE et PRIEUR, *Revue Neurologique*, 1924, T. I, p. 240.)

G.. André, 17 ans, boulanger, entre le 16 octobre dans le service de M. Ribierre, à l'hôpital Necker, pour des douleurs ayant débuté deux mois auparavant et localisées à la région lombaire inférieure et fessière, douleurs paroxystiques, surtout nocturnes, s'irradiant à la partie postérieure de la cuisse et de caractère progressivement croissant depuis un mois.

De plus, le malade maigrit et perd ses forces. L'examen montre les signes d'une sciatique bilatérale. Les réflexes, rotuliens et archilléens, normaux au début, sont abolis après quelques semaines d'évolution. Le signe de Babinski est en flexion. Il existe une contracture très nette des masses musculaires dorso-lombaires. Le rachis lombaire est immobilisé et bloqué; les mouvements de la colonne vertébrale sont très limités. Il n'existe aucun point douloureux à la pression.

La ponction lombaire montre une albuminose de 2 grammes et de nombreux lymphocytes.

Ces signes cliniques et humoraux, joints aux antécédents collatéraux (mère et sœur mortes tuberculeuses) et personnels du malade (kératite dans l'enfance, amaigrissement fébricule) font porter le diagnostic de mal de Pott de siège imprécis.

Mais les radiographies en position frontale et latérale res'ent absolument négatives, disques, corps vertébraux, trous de conjugaison sont complètement normaux. Nous pratiquons l'épreuve du lipiodol par voie sous arachnoïdienne après ponction a'loïdo-occipitale. L'arrêt se produit très net au niveau de la 12^e dorsale. C'est donc à ce niveau que pour nos collègues et pour nous-même siégeait la pachyménin-gite tuberculeuse. Une pleurésie sero-fibrineuse dont le malade se trouve bientôt atteint au cours même de son séjour à l'hôpital, paraît confirmer encore le diagnostic. Nous conservions cependant un doute, à cause de l'absence absolue de signes radiologiques, et devant la progressivité des troubles douloureux moteurs, nous nous décidons à faire bénéficier

le malade d'une laminectomie exploratrice, confiée à notre collègue Robineau.

L'opération révéla, au niveau précis indiqué par l'arrêt du lipiodol, une tumeur dont la partie postérieure seule était encapsulée et qui recouvrait comme d'un manchon la moelle sur une étendue de huit à dix centimètres. Elle put être enlevée en grande partie. Le foyer opératoire fut du reste soumis antérieurement au radium. Il est probable que la guérison sera définitive, sans récurrence. Le laboratoire nous a fait savoir qu'il s'agissait d'un endothélium méningé, variété de psammome, non angiolithique (Lecène) ou peut-être d'un épithéliome atypique (Roussy, M^{me} Déjerine).

2^e GROUPE. — *Observations de maux de Pott pris pour des tumeurs, et reconnus à l'opération.*

Nous rapportons dans ce deuxième groupe trois observations prises dans le service de M. le Docteur Bériel, dont l'une (Observation III) a été communiquée à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, en novembre 1930, par M. le Docteur G. Kapsalas, et une quatrième de Sicard.

OBSERVATION I

(L. BÉRIER et J. ROUSSET : Société Médicale des Hôpitaux, séance du 19 novembre, in *Lyon Médical*, 1929, T. II, page 791 et *Journal de Médecine de Lyon*, page 148.

M^{me} B..., 41 ans, entre dans le service hospitalier de Neurologie de l'Antiquaille, le 2 mai 1929, pour des douleurs à type intercostal et à type radiculaire siégeant surtout dans la région interscapulaire.

Dans ses antécédents héréditaires, on note que son père est mort à 62 ans, d'une affection indéterminée, que sa mère est âgée de 60 ans et qu'elle est vivante. Dans ses antécédents collatéraux, on relève le décès d'une sœur morte de péritonite, probablement tuberculeuse.

Dans ses antécédents personnels, on note qu'elle a été réglée à 16 ans, régulièrement depuis ; qu'elle a été mariée, que son mari a été tué à la guerre, qu'elle n'a eu qu'une grossesse : la fille qui est née est morte à l'âge de dix-huit mois.

La malade a eu la grippe et une pneumonie en 1918.

L'affection pour laquelle elle entre dans le service paraît avoir débuté dans le courant de l'été dernier. Toutefois, les douleurs intercostales par lesquelles elle se manifestait n'étaient pas très marquées ; et c'est en janvier 1929 qu'elle commence à ressentir des douleurs beaucoup plus vives à type radiculaire au niveau de la région interscapulaire qui l'empêchent de dormir la nuit. Ces douleurs atteignent leur maximum en février ; elle régressent ensuite un peu dans le courant de mars.

Depuis un mois environ, *des troubles sensitifs* sont apparus sous forme d'anesthésie à la douleur, à la chaleur et même au tact au niveau des membres inférieurs. Cette anesthésie est nettement plus marquée à droite ; même de ce côté d'ailleurs, elle n'est pas absolue. La recherche de sa limite supérieure montre une bande d'hyoesthésie au niveau de D4 et D5. Au-dessus d'une ligne passant par D4 à peu près, la sensibilité est absolument conservée.

L'examen somatique montre un état net de raideur de la colonne cervico-dorsale. Des troubles de la marche : la malade boîte, traîne la jambe gauche.

L'examen des réflexes montre que les rotuliens et les achilléens sont vifs des deux côtés. Le signe de Babinski existe à gauche, il est discutable à droite. Les cutanés abdominaux sont abolis.

Il existe de la trépidation épileptoïde. Il n'y a pas de signe de la série cérébelleuse, pas de Romberg. Les pupilles réagissent aux deux modes.

L'examen des autres appareils ne révèle rien de particulier. La tension artérielle est normale. Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine.

Le 3 mai, la malade est examinée de nouveau. Les mêmes signes sont notés. Il y a de gros troubles de la sensibilité à droite ; à gauche, ils sont moins marqués, la malade ne reconnaît pas les dessins tracés sur sa peau avec une épingle.

La ponction lombaire donne les résultats suivants :

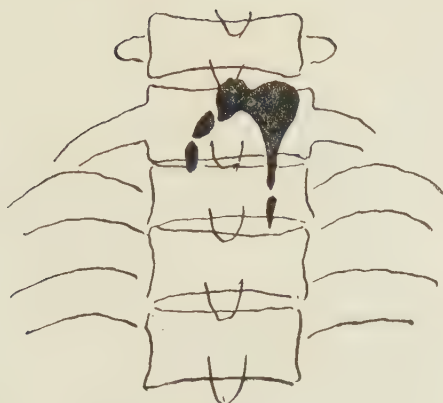


FIG. 1. — Radiographie de la colonne après injection de lipiodol. Pour ne pas surcharger ce mémoire nous ne montrons pas les radiographies faites avant et qui montraient l'intégrité de la colonne. Mais celle-ci est suffisamment évidente sur cette figure en même temps que l'on voit l'arrêt lipiodolé.

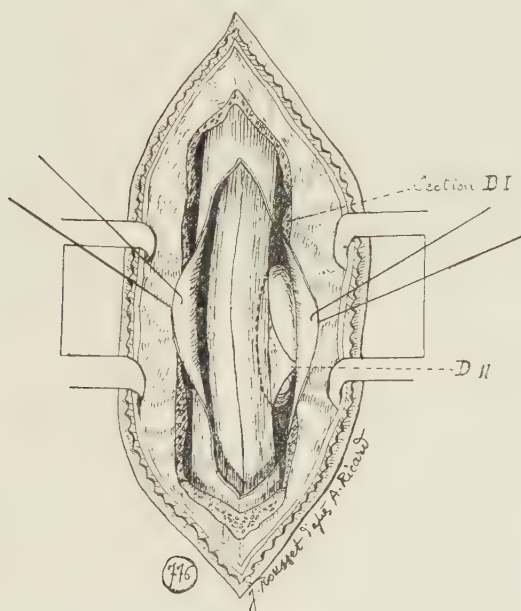


FIG. 2. — Croquis pris pendant l'opération. La dure-mère ayant été ouverte on voit à la face antéro-latérale une masse ovoïde simulant une tumeur, mais qui n'était en réalité qu'une sorte de hernie produite par refoulement par la poche extra-durale développée aux dépens du corps vertébral.

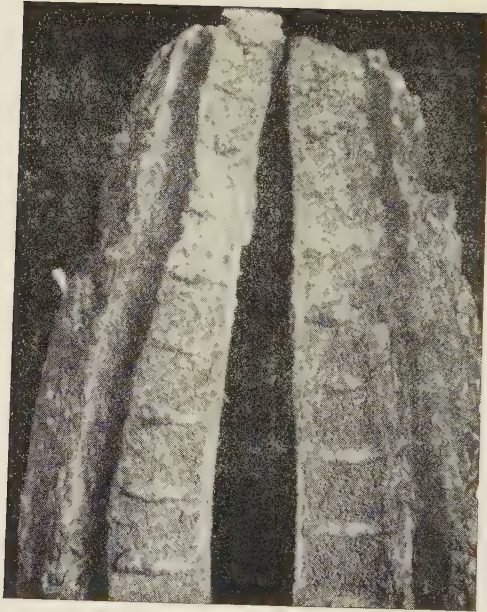


FIG. 3. — Photographie
de la colonne

Figures extraites du *Journal de Médecine
de Lyon* du 5 Mars 1930 (L. BÉRIEL ET J.
ROUSSET).



FIG. 4. — Radiographie laté-
rale de la pièce anatomique :
il n'y a pas de lésion appa-
rente décelable d'une façon
certaine. Ne pas tenir compte
de la tache noire à gauche et
en haut de la vertèbre qui était
en réalité malade : il s'agit
d'un petit fragment de plomb
recourbé qui avait été placé là
comme indice.

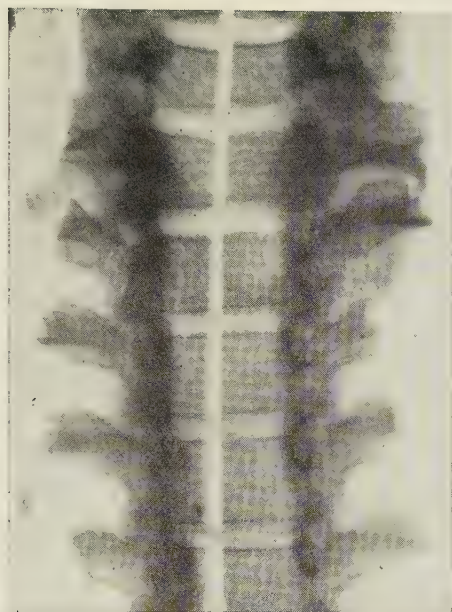


FIG. 5. — Radiographie de face de la pièce anatomique ; tache claire correspondant au foyer d'ostéite apparent sur la moitié droite du corps vertébral ; tenir compte que le canal vertébral est ici ouvert et que toutes les parties molles y compris la moelle et la dure-mère ont été enlevées : on peut se rendre compte comment une simple tache comme celle-ci sans déformation du corps vertébral ni des cartilages peut passer inaperçue sur les radiographies faites sur le vivant lorsque tous les tissus mous, les viscères, les muscles, la moelle, les méninges, etc... sont interposés et surtout lorsque les lames vertébrales et les apophyses épineuses existent encore entre la plaque et l'ampoule. Le trait blanc central est le trait de scie qui a fendu la colonne pour la photographie reproduite figure 3.

Tension	= 8.
Queckenstedt	= pas libre.
Albumine	= 0 gr. 75.
Cytologie	= trois lymphocytes.
Bordet Wassermann	= négatif.

La malade raconte que son médecin l'a soignée récemment pour une maladie de Basedow. L'examen du corps thyroïde montre qu'il est un peu gros, surtout au niveau du lobe gauche.

Le 5 mai, après un nouvel examen, on note : Etant donné que les troubles sensitifs, quoique légers sont persistants avec arrêt fixe au niveau du quatrième segment dorsal et qu'ils ont, par rapport aux troubles moteurs un aspect de syndrome de Brown-Séquard. Etant donné que l'examen clinique de la colonne est négatif, que les troubles urinaires ne sont pas du type sclérose en plaques, on fait le diagnostic de tumeur intrarachidienne, au niveau de la première ou de la deuxième vertèbre dorsale.

Le 6 mai, les radiographies de face et de profil de la colonne ne montrent rien de particulier.

Le 11 mai, on fait une injection sous-occipitale de lipiodol. Le même jour, une première radiographie montre un arrêt au niveau de la première dorsale, arrêt régulier à limite inférieure plutôt concave. Il persiste aussi un petit amas bien arrondi vers la huitième dorsale. Quarante-huit heures après, l'aspect d'une seconde radiographie est analogue.

Le 14 mai, trois jours après l'injection, une troisième radiographie montre un aspect analogue en haut ; mais la tache au niveau de D 8 est réduite des trois-quarts. On admet que ce dernier arrêt est accidentel et tient à ce qu'avec le séjour au lit, le lipiodol stationne dans la région dorsale inférieure sans qu'il y ait blocage.

Le 22 mai, l'état de la malade est stationnaire, avec, cependant, du point de vue moteur, une aggravation, car les troubles moteurs de la jambe droite ont augmenté, elle ne peut plus être détachée du plan du lit. En outre, depuis l'injection de lipiodol, la malade accuse des sensations de constriction

sous le sein gauche. Les troubles de la sensibilité sont toujours aussi légers, mais s'arrêtent nettement, comme précédemment. On se décide à faire opérer la malade.

Le 27 mai, *intervention* : Laminectomie au niveau de C 8, D 1, D 2. Avec beaucoup de peine, on met en évidence, en avant de la moelle une tumeur allongée, ovoïde, qu'on ne peut arriver à saisir et qui finit par se crever sous la pince et laisser échapper un pus caséeux ; le curetage ramène deux curettes de ce pus. La dure-mère est très adhérente à l'os.

Suite opératoire : La malade ne reprend pas connaissance après l'intervention. Le soir même, la température est très élevée ; la malade ne survit que 20 heures. La température s'élève jusqu'à 42°5.

Examen bactériologique du pus :

Un premier examen extemporané montre surtout des globules rouges ; que de très rares lymphocytes et d'assez nombreux polynucléaires.

Un second examen montre des éléments dégénérés non identifiables avec beaucoup de fibrine. On ne voit pas de Bacille de Koch. Le pus est inoculé au cobaye le jour même (inoculation positive).

Autopsie le 29 mai :

On note au poumon gauche une adhérence du sommet au corps vertébral (C VII ?). Il s'écoule à peu près un plein dé de pus caséeux lorsqu'on rompt l'adhérence.

A la coupe du poumon gauche : un foyer caséeux hilair est en voie de calcification ; le poumon droit est congestionné.

Le cœur et les reins sont normaux. Le foie est normal, ainsi que la vésicule biliaire.

Les poumons pèsent chacun 400 grammes ; la rate : 100 grammes ; le rein gauche : 160 grammes ; le droit : 150 grammes ; le foie : 1 kilog ; le cœur : 250 grammes.

Le cerveau présente une hyperhémie considérable. Les plexus choroïdes paraissent congestionnés, il n'existe pas d'autres lésions.

La colonne est enlevée en totalité. On pratique une coupe sagittale. La dure-mère est adhérente à l'os au niveau de la première dorsale ; à ce niveau, il existe une petite cavité de la grosseur d'un pois, ouverte dans le canal rachidien et qui contient encore une petite quantité d'un pus caséeux. On s'aperçoit, sur la coupe sagittale, que cette petite cavité communique par un trajet fistuleux avec l'adhérence du sommet du poumon gauche. En face de cette lésion, il existe de la pachyméningite. On prélève, pour l'examen histologique, un segment de moelle au niveau de la pachyméningite et un segment cervical inférieur en un point où l'on voit une grosse hémorragie interne.

Examen histologique :

Les coupes faites dans les fragments de moelle ont donné les renseignements suivants :

Celles du segment atteint de pachyméningite ont été faites sur un fragment de moelle entouré de sa dure-mère, afin de vérifier d'une part la pachyméningite tuberculeuse et d'autre part l'état de la moelle. *L'examen de la dure-mère* montre des figures tout à fait caractéristiques qu'il est inutile de décrire : de gros amas caséeux avec des cellules géantes, des follicules bien nets à la partie externe de la membrane, l'épaississement de celle-ci avec une infiltration inflammatoire discrète. La face interne de la dure-mère ainsi que les espaces arachnoïdiens ont leurs vaisseaux dilatés, mais sans tuberculose histologique appréciable comme c'est la règle. En un point, sur un des côtés de la moelle, près des parties antérieures, les méninges sont adhérentes aux racines et l'épaississement constitué par la dure-mère et la pachyméningite forme une saillie venant comprimer la moelle et se creusant même à sa surface, comme un lit, ainsi qu'on le voit dans les tumeurs. Dans ces points, on voit des infiltrations cellulaires à lymphocy-

tes et à polynucléaires. Bien que cette infiltration soit toute récente, il n'est pas absolument sûr qu'elle tienne à l'intervention chirurgicale, étant donné que la malade est morte vingt heures après. La moelle présente l'aspect habituel des compressions sur lequel nous n'insisterons pas, mais ce qui doit être signalé, parce que cela éclaire directement le commentaire qui peut être fait de ce cas, ce sont les altérations récentes d'ordre vasculaire. Sur tout le pourtour du niveau de la pie-mère, les vaisseaux sont dilatés, gorgés de sang ; il y a même des suffusions au tour d'eux sans qu'il y ait cependant d'hémorragie méningée proprement dite. C'est dans ces points que l'on trouve les amas d'exsudats cellulaires, signalés plus haut, et comme la dilatation vasculaire paraît tout à fait aiguë, on peut tout de même se demander si ces exsudats ne sont pas postérieurs à l'opération ; on les retrouve par endroits, immédiatement sous la pie-mère, toujours sous l'aspect de polynucléaires. Quoiqu'il en soit, les raptus sanguins n'existent pas seulement dans les mailles de l'arachnoïde, on en retrouve aussi dans l'intérieur de quelques racines où ils sont discrets, mais surtout dans la partie centrale de la moelle. Dans cette dernière partie, il y a une véritable hémorragie centro-médullaire qui paraît avoir pris naissance dans une des cornes postérieures et qui diffuse dans toutes les parties centrales en arrière de l'épendyme sans être collectée.

Les coupes faites au niveau du fragment cervical inférieur confirment ce qu'on pouvait constater macroscopiquement. En effet, comme il existait à l'œil nu une hémorragie très apparente dans la partie centrale de la moelle au-dessus de la compression, on a fait un examen histologique à ce niveau. Les coupes montrent là une nappe hémorragique beaucoup plus compacte que dans les coupes précédentes, hémorragie occupant dans la partie centrale le tiers de l'épaisseur de la moelle, absolument infiltrée sans aucune limite nette. Les caractères des lésions histologiques indiquant une hémorragie tout à fait récente concordent avec l'évolution post-opératoire et l'on peut tenir pour certain que c'est cette hémorragie qui a entraîné la mort après une période silencieuse.

OBSERVATION II

(L. BÉRIEL, publiée in *Lyon Médical*, 1926, T. II, p. 401. — Tuberculose vertébrale à forme de tumeur intrarachidienne. — Voir également : L. BÉRIEL et J. ROUSSET : *Journal de Médecine de Lyon*, 5 mars 1930, page 148.)

M^{me} A..., 51 ans.

Femme de bonne santé générale, sans antécédent héréditaire pathologique connu. Jamais de bronchite.

Trois enfants, tous bien portants.

Aucune maladie jusqu'à l'âge de trente-cinq ans. A cette époque, elle dut être opérée d'un fibrome ; pas de complications, guérison maintenue depuis. Règles supprimées.

Il y a trois ans, commence à se plaindre de quelques douleurs dans le dos, mais cependant ne cessa pas ses occupations habituelles de ménagère ; mais à cette époque elle fut opérée, dans la région dorsale moyenne, d'un « kyste ». Il est impossible d'avoir des précisions sur cette intervention, la malade indique seulement que le kyste contenait un liquide clair. Il persiste actuellement une cicatrice assez souple mais qui paraît adhérente aux épines.

Malgré l'ablation de ce « kyste », les douleurs ne cessèrent pas, siégeant entre les omoplates, tantôt plutôt à gauche et tantôt à droite. Comme la malade est de constitution manifestement névropathique, se montre gémissante et emphatique, il est impossible de préciser l'importance et la valeur de ces douleurs ; ce qui est certain, c'est qu'elle a continué en tout à s'adonner à ses occupations habituelles.

En septembre, elle remarqua que sa jambe gauche devenait moins forte ; puis, il y a trois semaines — vers le milieu de novembre — les douleurs devinrent incontestablement plus violentes, empêchèrent le sommeil, à mesure que les deux jambes faiblissaient. L'impotence des membres inférieurs progressa rapidement et, depuis le 29 novembre, la malade dut garder le lit. Depuis cette date, les mictions sont devenues très difficiles, ne s'effectuent qu'après de longs efforts.

Actuellement (10 décembre 1925), malade avec un bon aspect général. Paraplégie absolue, flasque, avec anesthésie

remontant en avant jusqu'à la limite supérieure de la région du quatrième segment médullaire dorsal. Le piqure est senti mais ni les simples contacts, ni les différences thermiques ne sont perçus.

Réflexes tendineux exagérés ; signe de Babinski en extension des deux côtés. Réflexes de défense intenses constatés uniquement du côté droit sur le pied, la jambe et la cuisse. Abolition des cutanés abdominaux.

Constipation opiniâtre.

Rétention d'urine. Vessie moyennement distendue.

Grosses vésicules de brûlures récentes au pied droit (bouillotte) dont la malade ne s'était pas aperçue.

Aucun symptôme à l'exploration directe ou indirecte de la colonne.

On fait, après ce premier examen, le diagnostic d'attente suivant : « Compression médullaire, correspondant au niveau des première et deuxième vertèbres dorsales. En l'absence d'antécédents tuberculeux et en tenant compte qu'il n'y a à l'exploration du rachis aucun point douloureux, que la mobilisation ne provoque pas de douleurs rachidiennes, il y a peu de chances pour qu'il s'agisse d'une lésion osseuse et toutes probabilités pour qu'il s'agisse d'une tumeur. »

12 décembre 1925 : La malade ayant été mise en observation, on a fait aujourd'hui une ponction lombaire. Liquide clair, de tension un peu forte (25 au manomètre de Claude, position couchée), sans aucune réaction cellulaire, avec une augmentation considérable de l'albumine (plus de 2 gr. à l'albumimètre de Sicard).

On admet le diagnostic ferme de tumeur intrarachidienne, sans pouvoir en préciser la nature. L'existence antérieure d'une tumeur utérine et d'un « kyste » dorsal de nature indéterminée laisse l'hypothèse soit d'une tumeur secondaire, maligne, soit de kystes hydatiques (à noter que les crochets ont été recherchés sans résultat dans le liquide de ponction lombaire.

23 décembre 1925 : Les symptômes cliniques sont restés stationnaires depuis le premier examen. Une radiographie après injection de lipiodol par la voie sous-occipitale avait

montré un arrêt net et persistant au niveau de la première vertèbre dorsale.

La malade a été opérée ce matin par le D^r Desgouttes. Laminectomie de D 1, D 2 et D 3. On ne trouve au premier abord aucune tumeur : la dure-mère, ouverte, se montre normale à sa surface interne comme à sa surface extérieure. Mais, pendant cette exploration, on découvre une tumeur extradurale antérieure refoulant la moelle en arrière. Le siège de la tumeur, en dehors de la dure-mère, fait penser à une formation secondairement intrarachidienne et en cherchant à faire l'ablation, on s'aperçoit qu'elle adhère par un pédicule assez large à la partie postérieure des corps vertébraux. La tumeur elle-même, qui est arrondie, ferme, saillante d'un centimètre environ, a le volume d'une grosse noisette. Elle est détachée à la curette et l'ablation est suivie d'un curettage du point d'implantation sur l'os : l'instrument ramène alors une goutte de substance pâteuse, grisâtre.

20 janvier 1926 : Les suites opératoires ont été simples et se sont déroulées sans incident. Amélioration lente et régulière à partir du quinzième jour : à ce moment la malade a commencé à uriner seule. Depuis huit jours, la sensibilité cutanée a commencé à revenir, et aujourd'hui il n'y a plus trace d'anesthésie.

Température normale. Pas de douleurs.

28 janvier 1926 : La malade a présenté sans aucune cause apparente, il y a huit jours, des douleurs violentes dans l'épaule droite, qui ont persisté jusqu'à aujourd'hui en s'atténuant peu à peu ; aucun signe somatique ni aucune modification de l'état général.

L'analyse histologique de la tumeur enlevée montre qu'il s'agit d'une production inflammatoire, avec une limite fibreuse nette, à dessin arrondi, légèrement lobulée sur la surface regardant l'intérieur du canal rachidien. Dans la profondeur, nombreux follicules tuberculeux avec cellules géantes extrêmement typiques.

15 février 1926 : La malade qui a quitté la clinique chirurgicale et qui est retournée chez elle, paraît avoir, à l'heure actuelle, conservé encore des troubles moteurs importants. La récupération sensitive et urinaire constatée pendant les

derniers temps de son séjour, s'est maintenue et elle commencerait à présenter quelques mouvements volontaires des pieds. Mais elle n'a pu être examinée et l'état actuel de la récupération fonctionnelle reste imprécis ; en tous cas, elle est encore immobilisée au lit.

21 novembre 1927 : Le D^r Cheynel nous communique aimablement les renseignements suivants : « La malade a retrouvé tous ses mouvements. La fistule est cicatrisée, l'état général est parfait, elle est guérie ».



FIG. 6. — Coupe histologique transversale du nodule intrarachidien.

En haut, la partie correspondant au pédicule qui adhérerait à l'os. En bas, la surface libre qui refoulait la dure-mère. Nombreux follicules tuberculeux bien caractérisés (faible grossissement).

Figure extraite du *Journal de Médecine de Lyon* du 5 Mars 1930 (L. BÉRIEL ET J. ROUSSET).

OBSERVATION III

(G. KAPSALAS : Société Médicale des Hôpitaux de Paris, novembre 1930.)

Cr... Jean, 61 ans, exerçant la profession de cantonnier. Dans ses antécédents héréditaires, rien de particulier. Marié depuis 30 ans, il a deux fils de 21 et de 26 ans bien portants. Sa femme a été opérée d'ulcère gastrique. Syphilis et alcoolisme niés.

On note dans ses antécédents personnels une fièvre typhoïde à 11 ans, une angine pendant qu'il faisait son service militaire et un ictère en 1916, au moment où il maniait de la mélinite.

Toutefois, il était sujet à des névralgies intercostales et à des lombalgies.

Aujourd'hui, il nous est envoyé par le D^r Porté pour paralysie des deux membres inférieurs avec douleurs intercostales et lombaires.

Sa maladie a débuté il y a 4 mois, par ces douleurs, et rapidement le malade sentit ses deux jambes s'affaiblir progressivement. Il boita d'abord, et, au bout de quinze jours, l'impotence devint complète, l'obligeant à s'aliter.

Il a continué à souffrir violemment de sensations de brûlures, de déchirement, d'écrasement dans les membres inférieurs.

En outre, le malade se plaint de douleurs dans le côté droit, au thorax, au bassin et surtout à la ceinture comme si on le serrait avec un fil métallique, d'après son expression.

Il entre dans le Service de Neurologie des Hôpitaux de Lyon, le 12 avril 1930.

A son entrée, il ne pouvait pas uriner seul et l'on fut obligé de le sonder. Il n'a jamais eu de température, mais il a un aspect cachectique.

A l'examen, on constate une impotence complète des deux membres inférieurs. La jambe droite est raide, la gauche est flasque.

Les mouvements volontaires dans ces deux membres sont

impossibles. L'examen des réflexes tendineux montre que les réflexes rotuliens et achilléens persistent des deux côtés.

Il existe aussi des réflexes de défense qu'on obtient très facilement avec une légère pression sur les orteils des deux côtés.

Les cutanés abdominaux et les crémastériens sont abolis. L'excitation de la plante du pied provoque à gauche et à droite l'extension dorsale du gros orteil. Pas de clonus du pied.

L'examen de la sensibilité montre une hypoesthésie qui s'arrête à l'ombilic.

Weber négatif.

Le malade présente des troubles des réservoirs avec une constipation opiniâtre. On a dû le sonder deux fois. Le toucher rectal a été négatif.

Du côté des yeux : les pupilles réagissent à la lumière, mais paraissent mal tenir la contraction.

La ponction lombaire faite le 14 avril 1930 donne les résultats suivants :

Tension	= 12.
Queckenstedt	= bloqué.
Albumine	= 1 gr. 70.
Cytologie	= 1-2 lymphocytes.
Bordet-Wasserman	= négatif.

La radiographie de face et de profil est négative.

Le 3 mai 1930 : Après un nouvel examen, on retrouve les troubles anesthésiques nettement limités en hauteur à l'ombilic, ce qui correspond donc à la 9^e racine rachidienne et à la 7^e vertèbre dorsale.

On ne fait pas d'exploration lipiodolée, la localisation clinique étant jugée suffisante.

Aujourd'hui, le sujet commence à présenter une escharre fessière et la paraplégie est devenue flasco-spasmodique. On décide l'intervention.

Le 5 mai 1930 : La compression médullaire paraissait indiscutable ; étant donné l'âge, l'aspect cachectique du malade, on aurait plutôt fait le diagnostic de Mal de Pott sénile ou de cancer rachidien, mais on n'a pu trouver aucune base pour ce diagnostic, ni à la Radiographie qui est négative, ni à l'examen viscéral, toucher rectal, etc...

Il avait été convenu que, comme on doit toujours le faire en pareil cas, on se comporterait comme s'il s'agissait sûrement d'une tumeur primitive.

Comme le malade commençait à prendre une escharre, que l'hypoesthésie avait une limite supérieure nette et constante, la localisation pouvait se faire cliniquement avec assez de certitude au niveau du 9^e segment médullaire dorsal pour éviter de perdre du temps en faisant du lipiodol.

Le malade est opéré aujourd'hui par le D^r Ricard ; on découvre une pachyméningite externe caséuse, véritable petit abcès froid prédominant à droite sur une hauteur de cinq centimètres, du 6^e au 8^e étage vertébral avec petits séquestres dépendant des lames.

Ablation à la curette, cautérisation au Zn Cl.

19 mai 1930 : Le malade est nettement amélioré au point de vue de douleurs en ceinture. Les mictions se font librement, mais il persiste de la température. La plaie opératoire n'est pas encore cicatrisée. On ne peut donc préciser encore le résultat définitif.

En résumé, il s'agit d'un malade de 61 ans, devenu paraplégique depuis 4 mois, présentant, avec un mauvais état général, des troubles des réservoirs, des douleurs au niveau de la ceinture, du thorax, du bassin et des membres inférieurs ; des troubles de la sensibilité : hypoesthésie remontant à l'ombilic. En outre, à la radiographie, on ne trouve rien d'anormal et la ponction lombaire montre une dissociation albuminocytologique comme on en voit dans les tumeurs (1 gr. 70 d'albumine), et un Queckenstedt bloqué ; Bordet-Wassermann négatif. Du côté des autres appareils, il n'y a rien de particulier à signaler.

OBSERVATION IV

(SICARD, *Revue Neurologique*, 1924, T. I, page 241.)

Malade âgé de 55 ans qui souffrait depuis six mois de douleurs lombaires avec irradiations bilatérales et progressives le long des nerfs sciatiques et troubles sphinctériens. Il présentait *cliniquement* une contracture rachidienne nette des

massés lombaires et une douleur au niveau de l'apophyse épineuse de L 3 ; *humoralement*, une dissociation albuminocytologique, sans stigmates humoraux de syphilis ; *radiologiquement*, les épreuves étaient normales. L'injection sous-arachnoïdienne haute de lipiodol avait montré un arrêt parfaitement net de l'huile iodée au niveau de L 3.

Nous basant sur l'absence de signes radiologiques, sur les antécédents lombalgiques antérieurs, sur l'analogie symptomatique avec plusieurs cas précédemment étudiés de neurogliomes des racines médullaires, nous avons conseillé une intervention exploratrice. Le diagnostic probable nous paraissait être une tumeur des racines au niveau de L-3.

L'intervention pratiquée en dehors de notre service hospitalier, par M. de Martel, n'a pas permis au cours de l'intervention de constater de tumeur, ou de cause nettement objective de compression. L'opérateur avait donc logiquement conclu à une erreur de localisation de lipiodol.

Mais, le malade ayant succombé quelques semaines après, l'autopsie a révélé dans le corps vertébral voisin de l'arrêt lipiodolé, une caverne de la grosseur environ d'une noisette, avec pachyméningite antérieure faisant adhérer la dure-mère au ligament vertébral postérieur, constatations dont a fait part M. de Martel à l'un de nous. L'épreuve du lipiodol n'était donc pas en défaut, l'huile iodée avait localisé très justement l'obstacle et cela à l'aide d'une seule radiographie prise en décubitus horizontal, la radiographie en attitude verticale n'ayant pas été pratiquée.

CHAPITRE IV

Déductions pratiques et données thérapeutiques

De la lecture des observations précédentes on aboutit aux notions suivantes : Si, dans le plus grand nombre des cas, le diagnostic de mal de Pott est indiscutable, il arrive cependant que certains maux de Pott peuvent prêter à confusion, non les maux de Pott habituels, mais les ostéites tuberculeuses bien limitées, foyers d'ostéite pottique déterminant la formation d'un caséum qui donne naissance à une véritable tumeur intrarachidienne.

De même, inversement, certaines tumeurs prennent, par leurs manifestations cliniques l'allure de maux de Pott. Dans l'un et dans l'autre cas les radiographies restent muettes.

Le clinicien ayant alors reconnu l'impossibilité de faire un diagnostic exact, ne doit pas hésiter encore et attendre plus longtemps, mais aboutir au seul acte thérapeutique efficace, c'est-à-dire l'intervention chirurgicale : la laminectomie exploratrice.

En supposant que l'erreur soit en faveur du mal de Pott « l'opération serait indiquée même si le diagnostic réel était fait. La gravité de la maladie et son pronostic mortel découlent non pas de l'ostéite mais de la compression médullaire en un point précis ». (L. Bériet et J. Rousset). Malgré les décès que l'on a pu observer, l'opération reste cependant le seul acte thérapeutique efficace. Sicard (*Rev. Neurol.*, 1924, T. II, p. 515) dit en effet : « En présence d'un syndrome humoral de compression rachidienne avec arrêt lipiodolé et absence de toute image radiographique anormale, même si la tuberculose est suspectée, il est de notre devoir de conseiller la laminectomie exploratrice si les traitements médicaux ont échoué. Mieux vaut opérer une phymatose vertébrale non décelée radiographiquement, que de laisser évoluer jusqu'à terminaison mortelle une tumeur rachidienne énucléable ».

L'erreur inverse de tumeurs prises pour des maux de Pott est en effet plus grave, c'est aboutir à une thérapeutique infiniment plus préjudiciable au malade, c'est le condamner à l'attente et l'immobilité pour de longs mois alors qu'il serait urgent de l'opérer. Tout le succès de l'opération repose sur la précocité de l'intervention car l'enjeu thérapeutique est gros de conséquences.

« En face d'un diagnostic indécis de compression médullaire, lorsque la radiographie osseuse ne donne aucune image anormale, que le lipiodol s'est arrêté en bloc pathologique et que le repos au lit en décubitus horizontal poursuivi durant un temps suffisant, n'a

pas suffi à arrêter l'évolution progressive de la paraplégie, le chirurgien doit intervenir » (Sicard, *Rev. Neurol.*, 1927, T. I, page 235). Et Sorrel et M^{me} Sorrel-Déjerine ajoutent : « En pratique, même ceux d'entre nous qui recherchent le plus avidement les tumeurs de la moelle n'y pensent pas encore assez souvent et nous ajouterions volontiers que lorsque cette hypothèse paraît plausible, il faut se hâter d'intervenir de peur d'arriver trop tard, à un moment où l'ablation même de la tumeur ne pourrait plus amener la régression des symptômes. »

Avec notre maître, le Docteur Bériel, nous pouvons ajouter : « Il est encore préférable de faire une erreur par excès d'intervention plutôt que par temporisation exagérée » (L. Bériel et J. Rousset, *Journal de Médecine de Lyon*, 5 mars 1930, p. 153).

Conclusions

I. — Dans l'immense majorité des cas de maux de Pott la radiographie est positive et nous renseigne avec précision sur la localisation et l'évolution des lésions. Mais il est des cas, peu nombreux, où elle reste complètement muette, et cette constatation négative ne suffit pas à elle seule pour permettre de rejeter définitivement le diagnostic d'ostéite tuberculeuse.

II. — Inversement certaines tumeurs du canal peuvent donner des signes rachidiens précis, des points douloureux fixes, parfois modifier légèrement la structure du squelette, rendant ainsi les données radiographiques difficiles à interpréter.

III. — Dans l'impossibilité où nous sommes de faire alors un diagnostic précis et lorsque domine l'élément compression sans signes radiographiques évidents, on doit se comporter comme s'il s'agissait d'une tumeur du canal. On doit donc pratiquer une laminectomie exploratrice, car dans ces cas, ce qu'il importe d'en-

visager, c'est le trouble médullaire et non les lésions osseuses, celles-ci étant négligeables à côté du processus qui comprime la moelle. L'erreur de diagnostic étiologique devient secondaire, c'est la paraplégie par compression qui met en danger les jours du malade.

LE PRÉSIDENT DE LA THESE,

Vu :

TIXIER

LE DOYEN,

Jean LEPINE

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 18 Octobre 1930

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

Joseph GHEUSI

Bibliographie

- A. ACHARD. — Contribution à l'étude des compressions médullaires. Tumeurs intrarachidiennes, forme pseudopottique, lumbago xanthochromique (*Thèse de Paris*, 1928, Lac, éditeur).
- L. BÉRIEL ET J. ROUSSET. — Tumeurs intrarachidiennes. Difficulté du diagnostic avec certaines formes de Mal de Pott (*Société Médicale des Hôpitaux*, Séance du 19 novembre, in *Lyon Médical*, 1929, n° 50, p. 731).
- Difficultés et erreurs de diagnostic entre le mal de Pott et les tumeurs intra-rachidiennes (*Journal de Médecine de Lyon*, 5 mars 1930, p. 141).
- Tumeurs intrarachidiennes : un cas de gliome intra et extra médullaire. Remarques sur certains accidents opératoires (In *Lyon Médical*, 29 décembre 1929, p. 797).
- L. BÉRIEL ET A. DEVIC. — Sur les troubles de la sensibilité dans les compressions par tumeur (*Rev. Neurol.* 1923, T. I, p. 644).
- Y. DELAGÉNIÈRE. — Les tumeurs de la moelle. Diagnostic précoce. Résultats du traitement chirurgical (*Journal de Chirurgie*, T. xxix, p. 516, 1927).
- G. KAPSALAS. — A propos du diagnostic entre les tumeurs intrarachidiennes et le mal de Pott (*Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, novembre 1930).
- RÖDERER. — Difficultés de diagnostic dans le mal de Pott (*Société Médicale l'Elysée*, 6 juillet 1925).

SICARD, LAPLANE ET PRIEUR. — Mal de Pott et radiogrgaphie vertébrale (*Revue Neurol.*, 1924, T. I, p. 239).

SICARD. — Les compressions médullaires (tumeurs intrarachidiennes). Le trépied biologique du diagnostic. Traitement. Statistique opératoire (*Monde Médical*, 1^{er} Sept. 1927).

SICARD ET LAPLANE. — Diagnostic des tumeurs rachidiennes. Forme pseudo-pottique (*Presse Médicale*, 10 janvier 1925).

SICARD, HAGUENEAU ET WALLICH. — Lumbago xanthochromique. Forme pseudo-pottique de tumeur rachidienne. Diagnostic biologique (*Soc. de Neur.*, 1^{er} décembre 1927. *Rev. Neur.*, 1927, T. II, p. 655).

ET. SORREL ET M^{me} SORREL-DÉJERINE. — De l'absence de signes radiographiques dans certaines formes de mal de Pott (*Rev. Neurol.*, 1924, T. I, p. 323).

— Paraplégie par tumeur juxta-médullaire prise pendant longtemps pour une paraplégie pottique. Ablation trop tardive de la tumeur. Persistance de la paraplégie (*Rev. Neurol.*, 1927, T. I, p. 226).

CL. VINCENT. — Tumeur comprimant la moelle, formé pseudo-pottique. Douleur et raideur. Extension de l'orteil et flexion dorsale réflexe du pied des deux côtés (*Presse Médicale*, 9 février, 1924, n° 12).

CL. VINCENT ET J.-A. CHAVANY. — Sur le diagnostic des tumeurs médullaires avec rigidité hyperalgique du rachis et des membres inférieurs. Des caractères distinctifs de la rigidité rachidienne de tumeurs et de celle du mal de Pott (*Rev. Neurol.*, 1924, T. I, p. 592).

CL. VINCENT ET J. DARQUIER. — Sur le diagnostic des compressions de la moelle. Mal de Pott à forme de tumeur intrarachidienne sans aspects radiologiques anormaux des vertèbres, sur le vivant et sur la pièce anatomique (*Rev. Neurol.*, 1924, T. II, p. 519).

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
CHAPITRE PREMIER,	
Introduction	9
CHAPITRE II.	
Etude clinique et radiographique	11
CHAPITRE III.	
Observations	17
1 ^{er} Groupe	17
2 ^e Groupe	35
CHAPITRE IV.	
Déductions pratiques et données thérapeutiques ...	49
CONCLUSIONS	53
BIBLIOGRAPHIE	55
